

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 novembre 1900, à 1 heure

PAR

Louis CHANTEMILLE

Ancien externe des Hôpitaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS DE L'ALCOOLISME ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Président : M. V. CORNIL, Professeur

*Juges : MM. { MAYGRIER
MÉNÉTRIER } Agrégés
DUPRÉ*

LE CANDIDAT RÉPONDRA AUX DIFFÉRENTES QUESTIONS QUI LUI SERONT FAITE
SUR LES DIFFÉRENTES PARTIES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

90

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

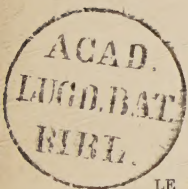
Présentée et soutenue le Jeudi 29 novembre 1900, à 1 heure

PAR

Louis CHANTEMILLE

Ancien externe des Hôpitaux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS DE L'ALCOOLISME ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE



Président : M. V. CORNIL, Professeur

*Juges : MM. { MAYGRIER
MÉNÉTRIER } Agrégés
DUPRÉ*

LE CANDIDAT RÉPONDRA AUX DIFFÉRENTES QUESTIONS QUI LUI SERONT FAITES
SUR LES DIFFÉRENTES PARTIES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PARIS

GEORGES CARRE ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL

PROFESSEURS :

MM.

Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	LANDOUZY
Médecine légale.....	PROUST
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....	BRISAUD
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.....	POTAIN
	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies des enfants.....	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	BERGER
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY
	LE DENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON
Clinique d'accouchement.....	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIÉRY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	Vaquez
BROCA AUGUSTE	GILLES DE LA	MENETRIER	VARNIER
BROCA ANDRÉ	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR V. CORNIL

*Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

AVANT-PROPOS

Les rapports de l'alcoolisme avec la paralysie générale ont été, et sont encore à l'heure actuelle, une source inépuisable de travaux fort complets et fort savants des maîtres en psychiatrie de tous pays.

Nous n'avons pas l'ambition d'exposer ici de nouvelles découvertes cliniques, mais nous avons l'espoir que les quelques faits que nous avons recueillis, tant personnellement que dans les auteurs les plus autorisés, préciseront quelques points encore discutés de l'évolution de la paralysie générale chez les alcoolisés chroniques.

Ayant eu, à la fin de nos études, l'occasion d'observer un certain nombre d'alcooliques et de paralytiques, nous avons, pour faire ce travail, recueilli quelques observations, dont le nombre est trop faible sans doute, mais qui nous ont paru assez démonstratives.

Un de nos amis, jeune docteur de la Faculté de médecine de Paris, à qui nous avons confié nos remarques, et qui fréquente depuis plusieurs années les asiles d'aliénés, a partagé notre manière de voir et nous a encouragé à écrire cette thèse. Nous le remercions de l'aide qu'il nous a apportée et des précieux renseigne-

ments qu'il nous a donnés tant au point de vue clinique qu'au point de vue bibliographique.

Mais il nous faut tout d'abord adresser aux maîtres qui nous ont guidé dans nos études l'expression de notre plus profonde gratitude. Nous le faisons avec un vif plaisir et le sentiment le plus profond de la reconnaissance.

Nous adressons particulièrement à M. le P^r Cornil nos remerciements les plus chaleureux pour l'extrême bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant toutes nos études et pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

L'évolution de l'intoxication alcoolique chronique chez un individu est très variable. Elle peut conduire le malade à la démence finale, ou à la paralysie générale. Ces deux modes de terminaison ont un caractère commun qui est l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles. Mais dans la paralysie générale, qu'elle soit d'origine alcoolique ou non, on rencontre des phénomènes particuliers, tels que les troubles de langage, les troubles physiques et un cachet particulier dans les idées délirantes.

Tous ces symptômes bien caractéristiques de la paralysie générale se présentent à des périodes très différentes de la maladie. Tantôt, dès le début, tous se trouvent réunis ; le diagnostic est indiscutable et la marche progressive des accidents vient bientôt le confirmer. Tantôt, au contraire, ces troubles apparaissent lentement, se présentent avec des intensités différentes ; quelques-uns même semblent vouloir disparaître alors que d'autres s'affirment de plus en plus.

Chez l'alcoolisé chronique, démence ou paralysie générale peuvent se rencontrer s'il continue, s'il persiste à s'intoxiquer, et cela pour la raison bien

connue que l'alcool a comme propriété spéciale de produire un double processus : stéatose et sclérose.

La prédominance de l'un ou de l'autre de ces processus chez les divers individus dépend surtout de la prédisposition du sujet et aussi des conditions multiples d'hygiène dans lesquelles il vit.

Outre ces deux évolutions de l'alcoolisme chronique, M. Magnan (1) cite une troisième catégorie de faits où les rechutes sont tellement nombreuses que les malades comptent dix, quinze, vingt entrées dans les asiles, sans marcher néanmoins ni vers la démence, ni vers la paralysie générale.

« Que sont ces alcoolisés ? Ce sont les prédisposés, « les héréditaires dégénérés... Sous l'influence d'un « nouvel appoint alcoolique, une bouffée délirante « toxique se produit, mais avec elle se développent souvent un délire polymorphe, des idées ambitieuses, « mystiques, hypochondriaques, de persécution, etc... « Quelquefois ces malades présentent une certaine « gêne de la parole, quelquefois même de l'inégalité « pupillaire. D'autre part, on apprend parfois qu'ils ont « été arrêtés, ne pouvant payer un fiacre ou une dépense « au restaurant. Tous ces phénomènes donnent l'idée « d'une paralysie générale, et comme l'amélioration est « obtenue au bout de quelque temps passé à l'asile, on « voudrait dire encore pseudo-paralysie générale, « tandis que c'est de la dégénérescence mentale mise « en activité par un stimulant alcoolique ».

(1) *Alcoolisme et dégénérescence mentale* 1893.

Voilà donc trois évolutions dans l'alcoolisme chronique. Toutes trois ont ou semblent avoir une même cause et toutes trois ont à un moment donné des symptômes en apparence si semblables que de grandes difficultés surgissent au point de vue du diagnostic.

« Faut-il donc, se demande M. Magnan (1), couvrir d'un voile ces difficultés en englobant tous ces cas sous la dénomination de pseudo-paralysie générale alcoolique? Assurément non ».

Avec M. Magnan, nous pensons qu'il n'y a pas lieu à l'heure actuelle de maintenir ce terme de pseudo-paralysie générale alcoolique, et les observations que nous publions dans ce travail le prouveront en ce sens que beaucoup d'entre elles indiquent, à un moment donné, une évolution progressive des lésions de la soi-disant pseudo-paralysie générale d'un instant vers la véritable paralysie générale parfaitement constituée.

Si, comme nous l'avons fait remarquer à son temps, un malade est perdu de vue au milieu de son évolution d'alcoolique, si les renseignements antérieurs, soit héréditaires, soit personnels, sont incomplets, quelquefois même nuls, on pourra conclure à la pseudo-paralysie générale; mais si, comme nous avons essayé de le faire, on considère que toute observation ne doit et ne peut avoir de valeur que si elle est poursuivie jusqu'au bout, alors on arrive à la conclusion forcée qui est la suivante : Il n'y a pas de pseudo-paralysie générale alcoolique, mais il y a des alcoo-

(1) *Loc. cit.*

liques qui s'acheminent lentement vers la paralysie générale.

Ou, si l'on veut, la paralysie générale chez l'alcoolique peut évoluer de deux façons :

1° L'alcoolique peut être atteint d'emblée d'une paralysie générale vraie typique d'origine alcoolique ;

2° L'alcoolique peut présenter à plusieurs reprises des phénomènes de paralysie générale qui s'amendent (pseudo-paralysie générale alcoolique), mais qui, avec un nouvel appoint alcoolique, réapparaissent et s'installent définitivement pour aboutir finalement à la vraie démence paralytique.

L'admirable travail de M. Vallon a mis très bien en relief ce dernier point, et les observations qu'il a publiées l'ont démontré, tant au point de vue des intoxiqués alcooliques que des intoxiqués saturnins.

Nous y avons fait de larges emprunts et c'est là que nous avons trouvé les observations les plus soigneusement recueillies et les plus complètes. Quelques-unes d'entre elles ont en outre ce mérite de nous donner les preuves de la paralysie générale par l'autopsie.

A ce moment se posent les questions que nous avons cherché à résoudre et qui sont les suivantes : Quels sont les alcooliques chroniques qui font d'emblée de la paralysie générale ? quels sont ceux qui présentent à des périodes successives, mais éloignées, des symptômes de paralysie générale et qui n'arrivent qu'après plusieurs accidents alcooliques à constituer une paralysie générale typique ?

Il nous a semblé que les alcooliques dont l'hérédité

était chargée principalement au point de vue alcoolisme présentaient d'abord et longtemps des lésions d'alcoolisme pur, puis des lésions d'alcoolisme combiné avec des lésions de paralysie générale plus ou moins régressives, jusqu'au moment où les dernières lésions s'installaient définitivement, prédominantes et progressives; tandis que l'intoxiqué alcoolique, ne présentant pas de tare similaire dans ses antécédents héréditaires, faisait beaucoup plus rapidement des lésions définitives de paralysie générale.

Dès le premier accès, il semble que déjà les lésions de méningo-encéphalite sont créées, tenaces et progressives.

D'après M. Magnan, l'héréditaire alcoolisé chroniquement n'hérite que d'un tempérament spécial, que d'une facilité toute spéciale à délirer au moindre apport alcoolique. Il en résulte que le délire se développe assez tôt et assez intense pour provoquer un internement. Sous l'influence du traitement (suppression de tout alcool), les idées délirantes disparaissent.

Soumis à une nouvelle intoxication, le malade, sorti guéri, voit ses idées délirantes réapparaître et ainsi de suite jusqu'au moment où la lésion paralytique (si l'alcoolisé évolue dans ce sens) s'installera.

Chez le malade, dont l'hérédité est nulle ou peu chargée, il n'y a pas cette prédisposition spéciale, héréditaire, à délirer, et la lésion paralytique s'installe soit avant, soit en même temps que le premier délire.

Dans les deux cas, il est rare que l'on ne constate pas toute une série assez régulière de stades, très rappro-

chés et contemporains presque chez l'un, éloignés et successifs chez l'autre.

C'est d'abord la perte du sommeil, l'apparition de cauchemars, puis d'hallucinations nocturnes d'abord simples (délire professionnel), puis terrifiantes (zoopsie). Les idées de jalousie et surtout de persécution, la diminution de la volonté qui surviennent précèdent en général les vertiges et les étourdissements précurseurs de l'attaque épileptiforme.

Celle-ci peut être considérée à juste titre comme une limite de l'intoxication alcoolique.

Au delà, c'est la démence ; au delà, c'est la paralysie générale.

Embarras de la parole, affaiblissement des facultés intellectuelles, troubles pupillaires, idées de richesse, satisfaction et inconscience, et nous voilà en bonne voie de la paralysie générale.

Tels sont les stades que parcourent les alcooliques chroniques dont l'hérédité est chargée.

Tels sont les degrés que franchissent, presque d'un seul bond, les intoxiqués sans hérédité similaire ; mais chez ces derniers les idées délirantes du ressort de l'alcoolisme seront moins nombreuses que dans le premier cas et les idées de grandeur et de satisfaction occuperont le premier plan.

Une seule chose nous étonne, c'est qu'il faille autant de temps pour faire un paralytique général dans l'alcoolisme avec dégénérescence que dans l'alcoolisme sans dégénérescence.

Et nous nous sommes demandé si, en dehors de la

prédisposition héréditaire de la cellule à faire du délire, il n'y aurait pas un état spécial d'accoutumance au poison qui la garantirait en quelque sorte de la lésion organique, au moins pendant un temps assez long.

Chez le malade sans hérédité, le délire s'installe lentement, mais la lésion se produit bientôt, et quand elle est produite, au contraire de ce qui se passe dans l'autre cas, elle s'agrandit avec rapidité, l'encéphalite suit son cours sans interruption, double les étapes, et la paralysie générale est définitive et constituée de toutes pièces.

OBSERVATIONS DANS LESQUELLES LES MALADES N'ONT PAS DE TARES ALCOOLIQUES DANS LEUR HÉRÉDITÉ

OBSERVATION I (VALLON)

Alcoolisme subaigu avec idées de persécution, illusions et hallucinations, terreurs, insomnie, tremblement.

H..., 45 ans. — H... est d'un tempérament très sanguin et sujet à des épistaxis. Depuis de longues années, il commet des excès alcooliques. Trois mois avant d'entrer à l'asile, il a eu un *coup de sang*, est tombé et resté pendant une heure sans connaissance; en tombant, il s'est blessé à la tête; mais à la suite de son attaque, il n'a eu aucune paralysie, même passagère. Il y a deux mois, il a acheté un cheval et une voiture, pour faire le métier de charretier à son compte; mais il a bientôt été obligé de les revendre, n'ayant pas réussi dans son entreprise. Cela l'a beaucoup affecté, et, pour se consoler, il s'est mis à boire plus que de coutume. Arrêté chez un marchand de vins, où il faisait du scandale, il est envoyé à l'infirmerie de la Préfecture de police, où M. Garnier délivre le certificat suivant :

« Alcoolisme subaigu avec idées de persécution, illusions et hallucinations, terreurs, tremblement, insomnie ».

Le surlendemain, H... arrive à l'asile de Villejuif en proie à une agitation violente, présentant très accusés les symptômes d'alcoolisme notés par M. Garnier. Les jours suivants, il se calme un peu, et il est possible de causer avec lui. Des compagnons ont commis un assassinat, raconte-t-il, et prétendent qu'il en est l'auteur; on l'a fourré dans la franc-maçonnerie, et on l'accuse d'avoir trahi; on lui fait des montages de coups, et c'est tellement bien combiné qu'il ne peut parvenir à se disculper; aussi, il s'attend à être exécuté d'un moment à l'autre.

Antécédents héréditaires. — Le père de H... exerçait la profession de charretier, comme son fils; il était, paraît-il, sobre, d'un tempérament très sanguin, avait de fréquents épistaxis; il est mort à 50 ans. La mère, âgée de 69 ans, est bien portante. H... a eu sept frères ou sœurs : un frère et deux sœurs sont morts de la poitrine, un frère est mort prisonnier en Allemagne en 1870, un autre a succombé à une maladie aiguë; le frère et la sœur qui restent, âgés de 39 et de 27 ans, sont bien portants. Le malade a 3 enfants : une fille de 9 ans, une de 5 ans, un garçon de 15 mois; il n'en a pas perdu et sa femme n'a jamais fait de fausse-couche.

Renseignements et examen négatifs au point de vue de la syphilis. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation, mais la droite est un peu plus large que la gauche. La parole est hésitante.

En même temps que H... a présenté les premiers symptômes de l'intoxication alcoolique, il s'est agité et a manifesté des idées de richesse, alors que, en réalité, il est dans la plus grande gêne. Il va hériter, dit-il; il n'aura plus besoin de travailler pour nourrir sa femme et ses enfants. Il a cinquante, cent mille francs, et, se croyant entrepreneur de travaux, il embauche de nombreux ouvriers.

Au bout de cinq mois de traitement, H... sort de l'asile, mais y rentre deux mois après sans cependant avoir fait de gros excès pendant son séjour en liberté.

Il est ramené à l'asile, avec le certificat suivant de M. Garnier :
« Alcoolisme chronique *évoluant vers la paralysie générale*. Excitation violente. Idées de grandeur multiples, mobiles, incohérentes. Léger embarras de la parole. Inégalité pupillaire. Tremblement. Lacération de ses effets. Inconscience de sa situation ».

Au moment de l'entrée, un deuxième certificat :

« Alcoolisme chronique. Agitation. Loquacité. Idées de richesse. Pupille droite plus large. Légère hésitation de la parole. Crainte de paralysie générale ».

Pendant un mois et demi, H... reste en proie à une agitation à peu près continue, manifestant à peu près les mêmes idées de richesse que lors de sa première entrée : il est entre-

preneur, il est riche, il a des ouvriers. Puis il se produit assez brusquement un état d'affaiblissement intellectuel et physique, et il faut passer H... du quartier des agités à celui des gâteux. La maladie suit son cours, et six mois après l'entrée, le malade présente les symptômes suivants :

Affaiblissement très marqué des facultés intellectuelles et surtout de la mémoire : ne se rappelle plus son âge, ni la date de sa naissance, ni l'époque de son arrivée. Indifférence, apathie, et même hébétude. Plus d'idées délirantes. Parole lente et embarrassée. La pupille droite est plus large que la gauche (cette inégalité est plus prononcée qu'à l'arrivée, et surtout qu'à la première entrée) ; les deux pupilles réagissent d'ailleurs à la lumière et à l'accommodation. Tremblement fibrillaire de la langue, plus accusé à la pointe et sur les bords. Réflexes rotuliens abolis ; réflexes conservés au poignet. Incontinence habituelle d'urine et des matières fécales.

OBSERVATION II (personnelle).

Alcoolisme chronique avec accès subaigu. Hallucinations nocturnes. Tremblement des mains. Attaques épileptiformes. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. Perte de la mémoire.

Ch..., 32 ans. — Ch... était sujet à de fréquents maux d'estomac et à des malaises répétés. Il a été militaire aux colonies, où il n'a pas contracté les fièvres ; mais où il a pris l'habitude de boire de l'absinthe. Rentré en France, il s'est établi marchand de vins et il a ainsi continué et amplifié ses excès alcooliques. Il aurait bu jusqu'à vingt absinthes par jour.

Depuis longtemps le sommeil lui fait défaut. Il a d'affreux cauchemars, des hallucinations multiples, terrifiantes ; il présente du délire professionnel et de la zoopsie. Il n'a point, dit-il, d'idées de persécution.

Dans les antécédents héréditaires de Ch... nous n'avons rien à signaler. Son père est mort très âgé, sa mère est morte en couches.

Il y a trois mois, étant sorti, il tombe sur la voie publique sans connaissance et se mord la langue. On ignore s'il eut

des convulsions à ce moment. A la suite de cette attaque, il est obligé de s'aliter pendant cinq jours et présente du délire et de la fièvre. Son caractère consécutivement s'est modifié : il est devenu coléreux, brutal, agressif.

A cette époque la parole s'embarrasse.

Souvent il a des vertiges, des étourdissements, puis deux mois après il a une nouvelle attaque avec perte de connaissance, morsure de la langue, pâleur de la face, mais sans émission involontaire d'urine et sans convulsions.

Cette attaque dure 10 minutes.

Depuis son entrée à l'asile, Ch... a eu une première attaque avec mouvements cloniques, écume, morsure de la langue, puis une autre, le soir du même jour, ayant les mêmes caractères.

L'embarras de la parole qui existe, faible entre les crises, s'accroît après chaque accès.

La veille de son entrée, le malade, voulant aller voir sa mère, s'est perdu dans la rue.

Actuellement ses facultés intellectuelles sont notablement affaiblies, sa mémoire est fort infidèle, il présente des accroc dans la parole; ses pupilles sont petites et inégales et les réflexes rotuliens sont presque abolis. Enfin ses forces physiques ont diminué.

Ch... est satisfait d'être là où il se trouve, mais n'a ni idées de grandeur caractérisées, ni idées de richesse persistantes.

OBSERVATION III (personnelle).

Alcoolisme chronique avec hallucinations multiples, surtout la nuit, idées ambitieuses, propos incohérents. Tremblement des mains, crampes dans les membres, étourdissements, inégalité pupillaire. Quelques accroc dans la parole. Tendance à la paralysie générale.

B..., 50 ans. — B... se livre depuis longtemps à la boisson, mais depuis quelques mois il fait des excès, principalement d'absinthe, à tel point qu'il rentre en état d'ébriété presque tous les soirs.

Sa femme observe qu'à la suite de cette surintoxication le

caractère du malade s'est notablement modifié. Il est devenu plus irritable, plus difficile. Il cesse de travailler pour aller chez les marchands de vins et emprunte de l'argent pour boire.

Il a des étourdissements, des pertes de connaissance, et on est obligé de le ramener chez lui.

Insomnie, cauchemars. Hallucinations pénibles, terrifiantes, zoopsie.

Rien dans les antécédents héréditaires de B...

Ni alcoolisme, ni tare similaire.

Il y a deux mois que sa parole est embarrassée et que l'on comprend difficilement ce qu'il dit.

Depuis 15 jours environ il présente des idées de grandeur et de richesse : « Il va avoir trois milliards ; il va faire démolir les fortifications, faire construire un château. Il est le Bon Dieu de l'Europe et sa femme est la Sainte Vierge ».

A l'heure actuelle, B... ne s'inquiète nullement de sa présence à l'asile. Il faut qu'il voie le médecin pour obtenir de lui un certificat constatant ses blessures, car il va faire un tour d'Europe pour recueillir en quêtant les trois milliards que la société lui doit à cause de son accident. Il placera la plus grande partie de cet argent à la Banque de France et donnera quelques mille francs à ses voisins et amis. Quant à lui, il ne fera plus rien, car avec cette fortune il sera considéré.

Réflexes rotuliens abolis. Pupilles ne réagissant plus. Inégalité pupillaire. Embarras de la parole.

OBSERVATION IV (personnelle).

A..., 35 ans. — Le certificat de M. Legras est ainsi conçu :

« A... est atteint de paralysie générale d'origine alcoolique. Affaiblissement intellectuel et particulièrement de la mémoire. Changement de caractère et surtout des sentiments affectifs. Propos sans suite, dépression mélancolique. Inconscience de ses actes. Inégalité pupillaire. Troubles de la parole ».

A son entrée à l'asile Sainte-Anne, M. Dagonet constate les mêmes troubles.

Depuis longtemps, A... buvait surtout du vin et des liqueurs,

mais pas d'absinthe, et le résultat de ces excès se traduisait par des cauchemars terrifiants, des crampes dans les jambes.

A... est un rhumatisant, semblant avoir eu des attaques de rhumatisme aigu, sans avoir à l'heure actuelle de lésion prononcée du cœur.

Il n'a pas eu la syphilis.

Son père, mort à 69 ans, semble avoir fait des lésions rénales dans les derniers temps de son existence (anasarque).

Sa mère est morte en 1870.

Il n'y a pas de troubles nerveux dans la famille; le père seul aurait été buveur, mais n'aurait jamais présenté d'alcoolisme vrai.

Il y a six mois, la mémoire du malade s'affaiblit, son caractère se modifie, il devient triste et pensif, sans toutefois présenter d'idées hypochondriaques.

Depuis trois mois environ A... est incapable de travailler et on le renvoie de la place qu'il occupait dans les magasins du Louvre.

Il n'a pas d'idées de satisfaction ni de richesse.

Enfin depuis six semaines sa parole s'embarrasse.

Pas d'étourdissements, pas de pertes de connaissance.

OBSERVATION V (BERBEZ) (1).

V..., 39 ans. — Pas de maladies mentales connues dans la famille. Abus d'absinthe depuis l'âge de 21 ans : 3, 6 verres par jour pendant plusieurs années.

V... a eu plusieurs désordres de l'estomac causés par ces excès. Il y a quatre ans, semble avoir été pendant plusieurs mois fort troublé intellectuellement.

Il s'est remis complètement et a travaillé régulièrement.

La maladie actuelle date d'un an environ. Il oubliait les ordres qu'on lui donnait. La parole est devenue très embarrassée à cette époque et presque d'emblée, sans que ce trouble ait été consécutif à une perte de connaissance, quoique le malade présentât de fréquents étourdissements.

(1) De la Paralyse générale due aux excès alcooliques, 1892.

Il est devenu en même temps très abandonné, ne se soignant plus, négligeant sa toilette. De l'incontinence nocturne d'urine est apparue.

Depuis trois mois la mémoire s'est considérablement affaiblie; le malade ne sait plus par quelles rues il faut passer pour rentrer chez lui.

Incapable de gagner sa vie, il n'a cependant aucun souci et dit naïvement être fort content de sa situation. Incertitude croissante dans la marche depuis une année.

Actuellement le malade est dans un état d'apathie très prononcé. Sa mémoire est très notablement affaiblie. Embarras considérable et caractéristique de la parole; léger tremblement fibrillaire de la langue. Le malade trébuche en marchant et on remarque une diminution considérable de la force de la jambe gauche.

Le malade n'a jamais présenté de délire ambitieux. Le certificat délivré par M. Garnier est le suivant :

« Paralyse générale attribuée à des abus absinthiques. Affaiblissement intellectuel. Absence de mémoire, de discernement et de volonté. Apathie. Indifférence. Vertiges. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. Inconscience de sa situation ».

OBSERVATION VI (BERBEZ).

V..., 33 ans. — Pas de tare nerveuse dans la famille.

De tout temps V... a commis des excès alcooliques : absinthe, rhum et vin.

Depuis 5 mois, embarras de la parole, apathie, affaiblissement intellectuel.

Depuis 3 mois, diminution de la mémoire. Récemment se perdait dans les rues, confondait les ordres qu'on lui donnait.

Poussées d'idées ambitieuses.

Actuellement, idées de richesse. Tremblement très accentué de la langue, des lèvres et des muscles de la face. Ataxie considérable des jambes, exagération des réflexes. Incontinence d'urine. Attaques épileptiformes.

Le certificat de M. Garnier porte la mention de paralyse générale.

OBSERVATION VII (personnelle).

Diagnostic de M. Magnan : *Paralysie générale avec préoccupations hypochondriaques. Idées de satisfaction. Excitation nocturne. Léger tremblement des mains. Hésitation de la parole. Intoxication alcoolique.*

P..., 40 ans, accuse des cauchemars, de la zoopsie et des pituites le matin. Il a des idées de persécution. C'est un buveur chronique sans excès. Rien ne peut faire songer à la syphilis, qu'il nie et qu'ignore sa femme.

Du côté de ses parents, il n'y a rien à noter au point de vue mental.

Son père est mort de fluxion de poitrine à 55 ans.

Sa mère, toujours bien portante, est morte de vieillesse à 81 ans.

Depuis deux mois, P... a des vertiges, des étourdissements, mais n'a ni convulsions, ni pertes de connaissance. Son caractère s'est modifié, il est devenu triste et préoccupé. La mémoire diminue et la parole s'embarrasse.

Depuis peu de temps ont apparu les idées de grandeur; enfin, il y a 15 jours, il a commis les actes absurdes et inconscients qui ressortissent de la paralysie générale. Il a mis le feu chez lui, il a volé des pommes de terre, il a arraché des fleurs au cimetière. Enfin, il y a 8 jours, ayant essayé de se remettre au travail, il perd la voiture qu'on lui confie.

RÉFLEXIONS SUR LES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

Nos malades dans nos observations ont, en majorité, l'âge de la paralysie générale, sauf peut-être ceux des observations I et III, qui ont respectivement 45 et 50 ans. Mais, dans l'alcoolisme, il n'est pas rare de voir la paralysie générale arriver tard. Cela tient à ce qu'elle est le résultat d'une intoxication chronique dont le début est très variable et dont l'intensité et la réaction sont de leur côté aussi très inégales suivant les cas.

Un malade (Obs. V) a présenté, quatre ans environ avant son entrée dans les asiles, des troubles intellectuels qui ont duré plusieurs mois et qui ont guéri hors l'hôpital et vraisemblablement par un traitement fort incomplet. Nous n'avons aucun renseignement sur la valeur et la forme de ces troubles. Il est de toute probabilité qu'ils devaient être la conséquence d'excès alcooliques, mais ce qui est certain, c'est qu'ils devaient être légers et compatibles avec l'existence en liberté, puisqu'il a été inutile d'interner le malade.

Un pareil fait est assez rare chez l'alcoolique dégénéré dont le délire, quand il se présente, est le plus souvent très actif et cause un danger constant autant pour le malade lui-même que pour son entourage.

Le malade de l'observation I est entré deux fois à

l'asile. Il présentait la première fois des accidents fort nets d'alcoolisme chronique : cauchemars, insomnie et idées de persécution ; mais en même temps, et principalement à la suite de chagrins qu'il avait voulu consoler par des excès d'alcool, la paralysie générale s'annonce par des troubles de la parole et des idées de richesse.

S'il eût été un héréditaire, la réunion des symptômes des deux affections : alcoolisme et paralysie générale, ne se serait très probablement présentée qu'après un ou deux internements antérieurs. En tout cas, les symptômes de paralysie générale auraient disparu pour réapparaître ultérieurement, disparaître et finalement persister.

Il ne lui a pas fallu plus de deux mois de réintoxication pour redevenir complètement et définitivement paralytique.

Les idées de grandeur sont multiples : il est toujours riche et veut entreprendre de grands travaux et embauche des ouvriers. Sa parole devient de plus en plus embarrassée. L'inégalité pupillaire s'accuse ; survient ensuite un affaiblissement notable des facultés intellectuelles, accompagné d'une perte considérable des forces physiques.

Sans doute il n'avait pas bu assez d'absinthe pour avoir des phénomènes convulsifs, apanage très net de cette variété d'intoxication.

Il n'a plus d'idées délirantes. Au bout de six mois, à son second internement, il devient apathique et gâteux.

Ainsi cet alcoolique de 45 ans, intoxiqué depuis fort longtemps, a mis en tout, depuis le début de ses troubles mentaux jusqu'au gâtisme, seize mois pour faire sa paralysie générale. A-t-il eu une période d'amélioration sérieuse ? Non, puisque deux mois seulement séparent les deux internements. Deux mois de plus d'alcoolisme ont fait un paralytique général, parce que la lésion était créée, qu'elle travaillait sourdement au début et qu'un coup de fouet léger suffisait à la faire progresser rapidement. Déjà donc il était atteint et définitivement condamné dès l'époque de son premier internement. Les malades des observations II, III, V, VI et VII boivent de l'absinthe. Tous débutent par les symptômes ordinaires de l'alcoolisme chronique : insomnie, cauchemars, zoopsie, tremblement des mains. L'un présente, symptôme plus grand, des idées délirantes de persécution (Obs. VII), mais en même temps il a des idées de grandeur, de l'embarras de la parole, et commet des actes absurdes.

Ce malade est paralytique au moment où son alcoolisme s'affirme le plus.

Tous ces malades ont franchi le stade des troubles épileptiques, depuis le vertige et l'étourdissement simples jusqu'à la crise avec morsure de la langue et mouvements convulsifs.

Puis, sans tarder, la méningo-encéphalite est apparue avec tout son cortège de symptômes qui, en quelques mois, loin de rétrocéder sous l'influence de l'internement et du traitement, se sont installés et se sont multipliés.

En résumé, tous les malades de nos sept observations ont fait d'emblée de la paralysie générale le jour où leur alcoolisme les a condamnés à se faire traiter. On est donc presque autorisé à dire que la première manifestation sérieuse de leur intoxication a été une lésion définitive.

Les observations que nous avons recueillies parmi les alcooliques qui ont une hérédité chargée vont nous montrer un processus tout différent des accidents de l'alcoolisme. S'ils ont moins de résistance aux idées délirantes, ils semblent offrir plus d'obstacles à la formation des lésions diffuses de la méningo-encéphalite chronique.

OBSERVATIONS DANS LESQUELLES LES MALADES ONT DES TARES ALCOOLIQUES OU SIMILAIRES DANS LEUR HÉRÉDITÉ

OBSERVATION I (VALLON).

Première entrée : Alcoolisme et symptômes de paralysie générale. Sortie au bout de dix mois. Deux ans plus tard, deuxième entrée : Symptômes de paralysie générale. Au bout de six mois, sortie par amélioration. Deux mois plus tard, troisième entrée : Paralysie générale à forme dépressive. Dix mois plus tard, mort dans le marasme paralytique. — A l'autopsie, lésions caractéristiques de la paralysie générale.

M... Edmond, maçon. — *Antécédents héréditaires* : Côté paternel : Le grand-père buvait beaucoup, est mort dément à 73 ans. Le père, dans un accès de délire alcoolique, s'est noyé à 47 ans; se croyant poursuivi par des ennemis imaginaires, s'est jeté dans la Marne. — Côté maternel : La grand'mère est morte à 75 ans; la mère est morte à 43 ans, un mois après son mari; elle avait été complètement bouleversée par la mort de celui-ci. — Trois frères et deux sœurs bien portants. — *Antécédents personnels* : En 1883, perte d'argent relativement considérable qui l'avait affecté : en parlait continuellement. — Habitudes alcooliques.

Au commencement de mai 1884, vers l'âge de 33 ans et demi, M..., sous l'influence d'excès alcooliques plus prononcés que d'habitude, s'agite et se met à divaguer. Conduit à l'infirmerie de la Préfecture de police, il fait l'objet du certificat suivant :

« Première entrée : Délire alcoolique. Exaltation mentale. Conceptions ambitieuses : il est très riche, il a six mille francs

de travaux à exécuter. Inégalité pupillaire. Tremblement généralisé. » (Garnier.)

Certificat du bureau d'admission à Sainte-Anne (7 mai 1885) :

« Excitation maniaque avec désordre dans les idées et dans les actes. Loquacité. Propos incohérents. Excès de boissons. » (Magnan.)

M... est conduit à l'asile de Ville-Évrard.

Certificat d'entrée (8 mai) :

« Paralyse générale. Hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. Excitation. Tendance à des actes violents : « Il va raser Paris et le reconstituer en deux jours. » (Schils.)

Certificat de quinzaine (22 mai) :

« Excitation maniaque. Incohérence. Loquacité. Quelques idées de grandeur et de richesse. Hésitation de la parole. Tremblement de la langue et des lèvres. Inégalité pupillaire. » (Schils.)

Certificat de sortie (13 mars 1886) :

« M..., entré pour paralyse générale, se trouve depuis assez longtemps dans une période de rémission. Calme, lucide, travaille régulièrement. Peut être rendu à sa femme. » (Schils.)

Une fois en liberté, M... reprend son métier de maçon, et travaille correctement pendant deux ans, tout en continuant de faire quelques excès alcooliques. Au commencement de 1887, il perd sa femme, en éprouve beaucoup de chagrin et se montre triste et abattu. Mais cet état ne dure pas, et bientôt il manifeste des idées de satisfaction, il est gai, content, et prétend gagner 20 à 25 francs par jour, comme entrepreneur de travaux, alors qu'en réalité il ne travaille pas et ne gagne rien ; bientôt il tombe dans une profonde misère. Le 14 octobre 1887, M... est pris d'un ictus congestif, il tombe dans la rue, sans connaissance ; rapporté à son domicile, il est pris d'un accès de folie furieuse. Deuxième entrée. Conduit à l'infirmerie de la Préfecture de police, M... fait l'objet du certificat suivant :

« Accès d'excitation maniaque, attaques épileptiformes avec cris, mouvements désordonnés, impulsions violentes. Dilatation inégale des pupilles. Embarras de la parole. Apparence d'une paralyse générale. » (Garnier.)

Certificat du bureau d'admission à Sainte-Anne (16 octobre) :

« Affaiblissement des facultés mentales avec excitation passagère, légère hésitation de la parole, inégalité pupillaire. » (Magnan.)

Dix jours après, M... entre à Villejuif. Il est assez calme et ne délire pas; pupilles inégales; quelques accrocs dans la parole, léger affaiblissement intellectuel. Tremblement des mains et de la langue encore net. Alcoolisme.

Peu de jours après son arrivée, M... se met à travailler. Pendant cinq mois, il s'occupe régulièrement, sans qu'on note chez lui le moindre incident pathologique. Il sort le 18 avril 1888, ne présentant d'autre symptôme morbide qu'un très léger affaiblissement des facultés mentales, et de l'inégalité pupillaire.

Troisième entrée. — Deux mois et demi plus tard (7 juillet), M... est ramené de nouveau dans un asile; il présente alors le type de la paralysie générale à forme dépressive: il est un peu hébété, apathique, indifférent, ne répond que difficilement aux questions qu'on lui pose, reste inerte sur un banc; il n'a pas d'idées délirantes. La parole est lente et embarrassée, la pupille droite nettement plus large.

Au commencement du mois d'août, il se produit une légère amélioration, et pendant trois semaines le malade va travailler.

En septembre, affaiblissement très marqué. Le malade ne peut plus se tenir debout; il est passé au quartier des gâteux. A partir de ce moment, la maladie suit une marche progressive, la démence et la paralysie s'accusent progressivement, la parole s'embarrasse de plus en plus; bientôt le malade est obligé de garder le lit, il est gâteux, il tombe dans le marasme paralytique, et finit par succomber, le 22 mai 1889.

Autopsie :

Cavité abdominale. — Rien à noter, si ce n'est le très petit volume de la rate.

Cavité thoracique. — Cœur: pas de surcharge graisseuse. Caillots sanguins et fibrineux dans le cœur droit. Plaque athéromateuse sur la portion ascendante de l'aorte.

Poumons. — Quelques tubercules crétiifiés aux deux sommets.

Cavité crânienne. — L'encéphale pèse 1.300 grammes. Les

méninges sont épaissies dans leur moitié antérieure et opalescentes au niveau des lobes temporaux et frontaux. Dans cette région, la décortication se fait mal, et on entraîne avec les méninges une portion de substance grise ; on produit ainsi de nombreuses ulcérations caractéristiques : sur l'hémisphère droit, les plus étendues occupent la base de la frontale ascendante, la partie antérieure des circonvolutions temporales ; sur l'hémisphère gauche, elles sont plus disséminées ; les plus larges sont sur la face interne de la partie la plus antérieure du lobe frontal, la pariétale inférieure, le pli courbe, la base de la frontale ascendante, la partie postérieure de la troisième frontale.

Dans les ventricules latéraux, quelques granulations au niveau des masses grises centrales. Dans le quatrième ventricule, léger, chagrinage du plancher.

Athérome des artères, surtout de l'hexagone de Willis. Pas trace de tubercules sur les méninges et les vaisseaux.

OBSERVATION II (VALLON)

Depuis l'âge de 15 ans excès alcooliques. A 43 ans, internement ; symptômes d'alcoolisme et de paralysie générale. Au bout de quelques mois, amélioration progressive et guérison presque complète durant plusieurs mois. Retour des symptômes morbides. Paralysie générale très nette. Autopsie. Lésions caractéristiques de la méningo-encéphalite.

S. D. C..., boucher. — *Antécédents héréditaires* : Le grand-père paternel, grand buveur, est mort à Charenton, après un séjour de dix ans ; il avait manifesté longtemps des idées de richesse. Le père, buveur également, est mort à 57 ans, d'une maladie de foie. Un cousin germain du côté paternel serait mort d'une méningite ; un autre cousin germain paraît avoir un niveau mental peu élevé. La mère, âgée de 80 ans, est atteinte de démence sénile. Mais, de son côté, aucune espèce d'antécédents névropathiques. Une fille de 7 ans, bien portante.

Enfant intelligent, S. D... avait des succès comme écolier. A

7 ans, rougeole avec albuminurie et œdème généralisé. A 14 ans, est devenu apprenti boucher, et a, depuis, toujours exercé cette profession. N'a pas fait de service militaire, s'est fait remplacer. Dès l'âge de 15 ans, a commencé à se griser; excès alcooliques considérables; buvait surtout de l'absinthe et du rhum. Très coléreux, très irritable, très violent, faisait subir de mauvais traitements à sa femme; celle-ci, au bout de dix ans de mariage, a fini par demander et obtenir une séparation de corps, avec jugement en sa faveur. A l'âge de 33 ans, a commencé à présenter quelques troubles intellectuels; un médecin consulté à ce sujet a déclaré qu'il n'y avait pas lieu pour le moment à un placement dans un asile d'aliénés. A partir de 39 ans, après sa séparation d'avec sa femme, a commencé à mener une existence des plus déréglées; buvait plus que jamais, amenant chez lui des femmes qu'il rencontrait dans la rue, avait avec elles de violentes querelles, les menaçait de son couteau de boucher; à chaque instant les voisins étaient obligés d'intervenir. Renseignements et examen négatifs au point de vue de la syphilis. A 43 ans (juillet 1887), S. D... prend un fiacre et se fait promener tout l'après-midi au bois de Boulogne. Le moment de payer arrivé, il déclare n'avoir pas d'argent. Conduit au poste, il insulte grossièrement le commissaire de police, qui l'envoie à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police, où M. Garnier délivre le certificat suivant :

« Alcoolisme; excitation maniaque vraisemblablement symptomatique d'une paralysie générale; désordre dans les actes et les idées, hallucinations de la vue, divagations ambitieuses, léger trouble de la parole par intervalles; loquacité, exubérance infantine; inconscience de sa situation ».

Le lendemain, à Sainte-Anne, M. Magnan délivre le certificat suivant :

« Léger affaiblissement intellectuel avec accidents alcooliques; idées ambitieuses, excitation, propos incohérents, inégalité pupillaire ».

S. D... est dans un état de violente agitation; il tient des propos tout à fait incohérents, dans lesquels se manifestent des idées de richesse et aussi des idées de persécution à l'égard de son propriétaire, auquel il paraît en vouloir beaucoup. Il a des

accrocs dans la parole ; les pupilles sont inégales. On constate, en outre, des symptômes d'alcoolisme, des hallucinations terrifiantes de la vue et un tremblement généralisé, plus accusé aux membres supérieurs.

S. D... est tellement intoxiqué par l'alcool que les hallucinations persistent, très intenses, pendant près de trois semaines ; il voit des animaux et des gens qui veulent lui faire du mal, surtout des garçons bouchers. L'agitation persiste encore plus que les hallucinations. Ces symptômes finissent cependant par s'atténuer, puis disparaître. Le tremblement diminue aussi, mais lentement. A ce moment, les facultés intellectuelles sont un peu affaiblies. S. D... a des idées vagues de persécution, toujours à l'endroit de son propriétaire, et en même temps une satisfaction niaise et puérile, qui a remplacé les idées délirantes de richesse : il est solide et fort comme le Pont-Neuf ; il est content d'être venu à l'asile. On constate de l'inégalité pupillaire et des accrocs dans la parole. Jusqu'à la fin de l'année cet état se maintient, sans grande modification. Au commencement de 1889, S. D... entre dans une phase d'amélioration telle qu'il peut bientôt aller travailler à la boucherie de l'établissement. Ses facultés intellectuelles ne sont que légèrement affaiblies, surtout la mémoire ; il n'y a pas de délire, mais toujours une satisfaction un peu exagérée. S. D... se rend compte qu'il a été agité ; il se rappelle que c'est le commissaire de police qui l'a envoyé ici ; mais il prétend qu'il n'y avait pas de motif sérieux pour l'enfermer. L'état physique est excellent, le malade dort bien, mange bien et prend de l'embonpoint. La pupille droite est toujours un peu plus large, mais l'embarras de la parole a disparu.

Pendant le premier trimestre 1889, rien de particulier à noter. S. D... travaille très régulièrement.

Au mois d'août 1889, à la mort de madame S. D... mère, la famille songe à faire interdire le malade et demande à cet effet un certificat de situation. Mais à ce moment l'état du malade s'est si heureusement modifié que l'on délivre le certificat suivant :

« S. D... a été traité pour une affection mentale caractérisée par un affaiblissement notable des facultés intellectuelles, avec

excitation violente et idées incohérentes de satisfaction ; une amélioration notable s'est produite dans son état. S. D... proteste contre son interdiction. Comme il peut s'améliorer au point de quitter la maison, j'estime qu'il y a lieu de pouvoir surseoir à l'internement ».

En octobre, en effet, l'amélioration est telle que l'on songe à mettre le malade en liberté ; mais personne ne veut se charger de lui, toute la famille est en discussion au sujet de questions d'intérêt. Abandonner complètement S. D... à lui-même sans aucune ressource (il doit le peu d'argent qui lui revient de sa mère), c'est le vouer à une rechute immédiate ; on attend donc. S. D... d'ailleurs, se rendant un compte assez exact de sa situation, n'est pas pressé de quitter l'asile.

Au mois de décembre, l'inégalité pupillaire disparaît, en sorte que le seul symptôme persistant est un peu d'affaiblissement intellectuel.

Fin mars 1890, éclate presque brusquement un accès d'agitation maniaque des plus intenses, qui nécessite le placement du malade au quartier des agités. S. D... crie et chante continuellement, il grimpe aux arbres, aux fenêtres, si bien qu'un jour il fait une chute et se luxé le col du fémur gauche. Couché sur un lit, camisolé, immobilisé le mieux possible, il trouve cependant moyen de ne pas rester en place ; aussi va-t-il, jusqu'à la fin de ses jours, conserver un raccourcissement très prononcé de la jambe gauche. Cet accès d'agitation maniaque dure trois mois. Le malade a des idées incohérentes de satisfaction ; il est loquace et répète continuellement qu'il a attrapé la meilleure place du monde. Les pupilles sont égales, mais ne réagissent plus, ni à l'accommodation ni à la lumière. Il y a de l'hésitation de la parole.

S. D... sort de ses accès maniaques très amoindri au point de vue intellectuel et même physique. Il ne se rappelle ni son âge ; ni la date de sa naissance, il ne connaît ni le mois ni l'année. Il a une satisfaction tout à fait niaise, un air béat. La parole s'embarrasse de plus en plus, les forces diminuent.

A la fin de l'année, il est tout à fait dément et gâteux ; il ne peut plus se tenir debout et il faut le laisser au lit. La parole est très embarrassée. L'inégalité pupillaire n'a pas reparu-

S. D... tombe bientôt dans un état de marasme complet, et succombe le 3 février 1892.

Autopsie :

Poids de l'encéphale.....	1243 grammes
Hémisphère droit.....	520 —
Hémisphère gauche.....	513 —
Protubérance, bulbe et cervelet.....	210 —

Les méninges sont épaissies et congestionnées; elles présentent des opalescences au niveau des circonvolutions frontales droites et sur toute la partie externe du lobe gauche. La décoration est difficile; il existe de nombreuses adhérences, surtout prononcées au bord interne des deux hémisphères, au niveau des cornes frontales et du lobule para-central droit. En tous ces points, en enlevant les méninges, on entraîne une certaine quantité de la substance grise, et on produit des ulcérations caractéristiques.

Toute l'écorce cérébrale est congestionnée; sur les coupes, la substance grise présente un piqueté de couleur ocreuse.

Les ventricules latéraux sont dilatés et contiennent une grande quantité de liquide céphalo-rachidien; il existe quelques petits kystes au niveau des plexus choroïdes.

Rien sur les coupes des hémisphères; rien sur les noyaux centraux.

Le cervelet est mou et diffluent.

Le plancher du quatrième ventricule a l'aspect chagriné; les granulations sont surtout abondantes au niveau des ailes blanches interne et externe, des ailes grises et des éminences teres.

Les artères du cerveau, surtout l'hexagone de Willis, sont athéromateuses.

Les cavités thoracique et abdominale n'ont pu être ouvertes.

En somme, lésions très nettes de paralysie générale, mais relativement peu étendues à la surface des hémisphères, étant donnée la longue durée de la maladie; ce qui prouve bien que l'évolution du processus est souvent lente à se faire.

OBSERVATION III (LACAILLE)

Alcoolisme chronique. Première séquestration. Accès subaigu d'alcoolisme avec symptômes de paralysie générale. Guérison au bout d'un mois de traitement. Sortie. Nouveaux excès, rechute. Deuxième séquestration. Paralysie générale confirmée. Guérison au bout de deux mois. Sortie.

J... François, 43 ans, forgeron, entré à l'asile Sainte-Anne le 7 juillet 1880.

Son père, adonné à la boisson, est mort à 58 ans, d'une affection thoracique. Sa mère est morte de vieillesse à 88 ans. De ses trois frères, deux sont morts au service, de la poitrine; le troisième est vivant et bien portant. J... a toujours joui d'une bonne santé. Marié depuis quinze ans, il a deux enfants, l'un de 9 ans, l'autre de 3 ans, tous deux bien portants.

Sa séquestration a été provoquée par les excès alcooliques qu'il a commis. Depuis très longtemps, en effet, J... est adonné à la boisson, il boit principalement du vin et de l'absinthe. Il boit par accès, surtout lorsqu'il éprouve quelque contrariété un peu vive. Sa tête a toujours été faible d'ailleurs et un rien lui suffit pour le griser. Au mois de juin 1880, se trouvant sans ouvrage, il fait appel à son consolateur habituel, s'enivre pendant plusieurs jours de suite, et finit par être pris d'un accès subaigu d'alcoolisme. Il ne dort pas; la nuit, il est obsédé par des rêves, et est en proie à des terreurs sans nombre; peu à peu il s'excite, et le 6 juillet il est arrêté en état d'ivresse, criant et gesticulant sur la voie publique.

Il nous arrive accompagné du certificat suivant :

« Alcoolisme subaigu. Tremblement, agitation, loquacité. Arrêté sous l'inculpation d'ivresse. Antécédents inconnus ». (Lasègue.)

Dès le lendemain de son entrée à l'asile, les accidents subaigus de l'alcoolisme disparaissent et, en disparaissant, démasquent des symptômes évidents de paralysie générale au début, ainsi que le constate le certificat suivant :

« 8 juillet 1880. Affaiblissement des facultés mentales avec

idées hypochondriaques et idées incohérentes de satisfaction. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. » (Magnan).

Le malade a de l'embarras de la parole et de l'inégalité des pupilles; il n'a qu'une conscience très incomplète de son état, et sa mémoire paraît notablement affaiblie. Il se plaint d'affections imaginaires, il a mal partout, surtout dans la tête et dans l'estomac. Il a eu de la pituite et des crampes dans les jambes, et présente encore un certain degré d'anesthésie cutanée. Sa langue et ses mains sont le siège d'un tremblement très caractérisé, ses artères athéromateuses.

Trois jours après, J... est transféré à l'asile de Vaucluse. Là, tous les symptômes de paralysie générale qu'il présente s'amendent et s'effacent peu à peu. Le délire disparaît d'abord, puis l'obtusion intellectuelle, en même temps que la mémoire semble revenir complètement. Bientôt les symptômes physiques disparaissent à leur tour, et un mois après son entrée, jour par jour, J..., complètement guéri, est mis en liberté. Il rentre chez lui et se remet au travail. Pendant quatre mois, il se montre sobre et régulier dans ses habitudes. Au bout de ce temps, dans les premiers jours de décembre 1880, il commet de nouveaux excès. Le 10 décembre, il a une espèce de congestion cérébrale, et, sans avoir d'attaque à proprement parler, perd entièrement la parole pendant plusieurs heures. Revenu à lui, il se montre très déprimé, refuse de travailler, et, à mesure que ses forces reviennent, se remet à boire de plus en plus. Dans les premiers jours de janvier, il ne dort plus, paraît en proie à des terreurs nocturnes, et manifeste des idées de persécution, prétendant que tout le monde le suit et qu'on veut l'assassiner. Il s'excite progressivement, court toute la journée au dehors et, le 15 janvier 1881, se fait arrêter pérorant sur la voie publique.

Il entre pour la seconde fois à Sainte-Anne, le lendemain 16 janvier, accompagné du certificat suivant :

« Soupçon de paralysie générale. Excitation intellectuelle, loquacité, projets, optimisme. Intention de construire cent voitures. Hésitation de la parole. Nulle conscience de ses actes. Traitement antérieur à Vaucluse. » (Legrand du Saulle).

Le certificat de M. Magnan, rédigé le lendemain, est ainsi conçu :

« Paralyisie générale avec excitation et idées incohérentes de satisfaction. Hésitation de la parole, inégalité pupillaire. Plaies et contusions nombreuses sur tout le corps ».

Cette fois, le malade est définitivement considéré comme paralytique général. Il est excité, incohérent; il se dit très fort, excellent ouvrier, il va construire une voiture superbe. Sa mémoire présente de nombreuses lacunes; il ne dort pas. De plus, sa parole est hésitante et ses lèvres agitées, quand il parle, de tressaillements convulsifs. Ses mains et sa langue sont le siège d'un tremblement en masse plutôt que fibrillaire, et ses pupilles manifestement inégales. Sa sensibilité cutanée est éteinte, particulièrement aux jambes, aux bras et sur la poitrine. Il n'a plus d'hallucinations. Athérome artériel; coloration rouge de la face, boutons d'acné.

Huit jours après, J... est devenu complètement raisonnable et rit des conceptions optimistes, des projets exagérés qu'il a manifestés. Sa mémoire est entièrement revenue et il raconte en détail les péripéties de son arrestation. En même temps, l'embarras de la parole et les mouvements convulsifs des lèvres qui l'accompagnaient sont considérablement diminués; il en est de même du tremblement de la langue et des mains, dont l'amplitude est devenue beaucoup moindre. Seule, l'inégalité pupillaire avec contraction légère et l'anesthésie persistent comme au premier jour. Le malade demande à travailler; on l'envoie à l'atelier de serrurerie, où il s'occupe régulièrement, et on est très content de son ouvrage.

Un mois après, la guérison est parfaite; l'intelligence est absolument normale et la parole parfaitement nette; l'anesthésie a disparu presque complètement. Il reste une très légère inégalité pupillaire, appréciable avec un peu d'attention. C'est le seul symptôme qui persiste. Le visage a repris une coloration normale.

Le 24 mars 1881, J... sort de l'asile, entièrement guéri, ne conservant qu'une inégalité pupillaire à peine appréciable.

OBSERVATION IV (personnelle).

Alcoolisme chronique. Affaiblissement des facultés mentales. Hallucinations. Inconscience de son état. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire.

B..., 45 ans. Cette malade a déjà été traitée il y a 9 ans et le certificat délivré par M. Garnier était le suivant :

« Délire alcoolique. Hallucinations de l'ouïe, de la vue et du goût. Elle voyait un chien de boucher qui la voulait dévorer. On a voulu l'empoisonner. Insomnie. Tremblement des mains. Affaiblissement intellectuel. Troubles de la sensibilité générale ».

Le père de la malade était alcoolique. Sa mère est morte aliénée. Une sœur de la malade est morte dans un asile d'aliénés. Deux autres enfants sont bizarres et débiles, font la noce et se livrent à la boisson.

La malade boit du vin et de la bière. Elle a fait une fausse couche et l'aîné de ses enfants est mort en bas âge dans les convulsions. Depuis longtemps la malade présente des troubles intellectuels dus à l'alcoolisme et l'on a été deux ou trois fois sur le point de l'interner.

A l'heure actuelle, la malade présente un affaiblissement notable des facultés mentales. Sa mémoire est mal conservée, sa parole est parfois embarrassée. Enfin elle n'a qu'une notion fort incomplète du lieu où elle se trouve, mais où elle est satisfaite d'être.

Depuis plusieurs années on a remarqué chez cette malade de la difficulté à prononcer les mots. Parfois elle émettait des idées absurdes de richesse.

OBSERVATION V (personnelle).

M. Magnan rédige ainsi le diagnostic : *Alcoolisme chronique avec accès subaigu. Hallucinations multiples et pénibles, frayeurs, insomnie. Étourdissements, crampes dans les membres, inégalité pupillaire, accroc dans la parole.*

T..., 41 ans. — Les habitudes alcooliques de T... datent de longtemps. Il boit du rhum, du curaçao et de l'absinthe pure.

Habituellement la nuit il a des frayeurs, des cauchemars et présente des phénomènes de surexcitation.

Depuis longtemps le malade a des idées de persécution. On lui en veut : on le prend pour un espion. On a déjà remarqué chez lui de l'embarras de la parole et pendant un certain temps, surtout au moment de phénomènes de surexcitation, il a des idées de richesse et de satisfaction.

Le père de T... est un alcoolique.

Un oncle paternel est mort aliéné et présentait des idées de grandeur dans son délire.

Parmi les quatre enfants de T..., trois sont morts en bas âge dont l'un avait eu des convulsions.

Le survivant est très nerveux.

Depuis longtemps T... a des idées de richesse, il est très optimiste.

Depuis quelque temps, la mémoire de T... s'affaiblit visiblement. Il va chez un commerçant, croyant aller chez un autre.

Il y a six ans, il a quitté brusquement une bonne place sans motif connu.

En même temps que ses idées de satisfaction, T... présente des idées de persécution.

Il s'accuse d'avoir tué un individu et de l'avoir caché dans une cave, mais ne semble pas préoccupé de ce fait.

OBSERVATION VI (VALLON).

Premier internement pour délire alcoolique avec symptômes de paralysie générale. Sortie par amélioration. Quatre mois plus tard, deuxième internement pour paralysie générale. Autopsie. Lésions caractéristiques de la paralysie générale.

L... a des antécédents héréditaires très chargés du côté maternel ; son grand-père est mort dans un asile d'aliénés ; un frère de sa mère est interné dans un asile de province ; une sœur de celui-ci est nettement mélancolique, mais n'est pas encore internée.

L... n'a jamais fait de maladie grave ; depuis des années il

commet des excès alcooliques, il boit surtout de l'absinthe. Il est irritable et violent.

Au commencement de juin 1888, L... devient tout à fait malade, il ne dort plus, il voit autour de lui des gens qui veulent lui faire du mal; le jour, il est un peu agité, il ne peut plus travailler de son métier de bijoutier. Le malade entre alors à Sainte-Anne avec le certificat suivant :

« Alcoolisme chronique depuis quelque temps, accès d'agitation; peut devenir dangereux pour ceux qui l'entourent et pour lui-même », etc.

M. Magnan délivre le certificat suivant :

« Léger affaiblissement intellectuel avec accidents alcooliques; hallucinations nocturnes, inégalité pupillaire, hésitation de la parole. L... présente des symptômes très nets d'intoxication alcoolique : hallucinations nocturnes de la vue, insomnie, tremblement très marqué de tout le corps, crampes dans les mollets, troubles de la sensibilité générale, athérome artériel ».

L... a, de plus, des symptômes de paralysie générale; outre l'inégalité pupillaire et l'hésitation de la parole, des idées de grandeur, il est inventeur d'une machine merveilleuse, du mouvement perpétuel, il va gagner une fortune énorme, etc. Mais ces troubles morbides ne durent pas; une amélioration dans l'état psychique et surtout physique ne tarde pas à se dessiner. Le malade, qui depuis longtemps mangeait mal, recouvre l'appétit; le sommeil revient; progressivement disparaissent tous les symptômes observés. Le 11 septembre, L... est repris par sa femme; il est guéri des accidents alcooliques qu'il présentait au moment de l'arrivée, mais il conserve de l'inégalité pupillaire et un peu d'affaiblissement des facultés mentales, surtout de la mémoire.

Une fois en liberté, L... se remet à son métier de bijoutier et s'acquitte bien de son travail; malheureusement, il ne tarde pas à reprendre ses habitudes d'intempérance, et, dès la fin de décembre, il commence à donner de nouveau des signes non équivoques de dérangement intellectuel; il ne travaille plus, il erre sans but sur le boulevard, il sort dans l'intention de faire un achat et il rentre sans l'avoir fait; sa mémoire faiblit visiblement.

Le 1^{er} janvier, il dérobe divers menus objets aux étalages : pommes, tablettes de chocolat. Le 2 janvier, il est conduit à l'infirmerie de la Préfecture de police, où M. Garnier délivre le certificat suivant :

« Paralyse générale à la première période, affaiblissement des facultés, mélange d'idées de satisfaction et d'idées de persécution ; il vante sa force herculéenne, sa superbe écriture ; se plaint de sa femme qui lui a fait sept bâtards d'un coup. Excitation morbide, embarras de la parole, inégalité pupillaire, excès alcooliques. Déjà traité ».

Certificat d'admission à Sainte-Anne :

« Paralyse générale avec idées incohérentes de satisfaction et de persécution. Hésitation de la parole, inégalité pupillaire ». (Magnan).

L... présente au complet les symptômes d'une paralysie générale ; affaiblissement intellectuel, quelques idées très confuses de persécution, idées puériles de satisfaction, sensiblerie, faiblesse musculaire, embarras très net de la parole, inégalité pupillaire (la gauche un peu plus large que la droite).

La maladie reste à peu près stationnaire jusqu'au commencement de juillet ; à ce moment, il se produit une diminution rapide des forces ; les facultés intellectuelles baissent considérablement. A la fin du mois, il faut coucher le malade au quartier des gâteaux, il ne tient plus debout ; il succombe dans le marasme paralytique le 22 septembre.

L'autopsie est faite le lendemain, vingt-six heures après la mort.

Poids de l'encéphale.....	1162 grammes
Hémisphère gauche.....	350 —
» droit.....	470 —
Protubérance, bulbe et cervelet.....	142 —

Les méninges sont épaisses, opaques, parsemées de plaques laiteuses au niveau des lobes frontaux ; elles sont adhérentes aux circonvolutions, et en les enlevant on entraîne une portion de la substance grise, qui est manifestement ramollie ; on produit ainsi des ulcérations caractéristiques. Le maximum des

lésions est au niveau des circonvolutions rolandiques. Le lobe occipital est complètement indemne.

La substance blanche est indurée et on obtient assez facilement le phénomène des crêtes.

Le plancher du quatrième ventricule est couvert de granulations de Joire, il a l'aspect parcheminé.

Rien à noter sur les coupes, qu'un léger piqueté hémorragique.

Les artères cérébrales, surtout au niveau de l'hexagone de Willis, sont athéromateuses.

Cœur. — L'endocarde au niveau des oreillettes présente une coloration lie de vin très prononcée; cet aspect se retrouve sur la tunique interne de l'aorte et se prolonge jusque dans le tronc brachio-céphalique, mais ne s'étend pas plus loin. Plaques d'athérome au niveau de la crosse.

Les autres organes sont normaux; il y a seulement de la congestion à la base des deux poumons.

OBSERVATION VII (LACAILLE).

Alcoolisme chronique. Première séquestration; accès subaigu d'alcoolisme avec symptômes de paralysie générale; guérison; sortie. Nouveaux excès, deuxième séquestration; paralysie générale confirmée; guérison; sortie. Nouveaux excès, nouvelle rechute; troisième séquestration; symptômes de paralysie générale; guérison; sortie.

P... (Mathias), 42 ans, sellier, entre à l'asile Sainte-Anne le 8 juillet 1878.

Son père, d'un tempérament congestif, est mort à 54 ans, d'une affection chirurgicale; sa mère est vivante, elle est âgée de 63 ans et jouit d'une assez bonne santé. Il est l'aîné de neuf enfants dont trois sont morts en bas âge d'affections inconnues, les survivants sont pour la plupart bien portants; les renseignements sont incomplets.

P... n'a jamais eu de maladies graves dans le cours de sa vie. Le seul antécédent pathologique à relever chez lui est une tendance aux céphalalgies congestives, qui s'est manifestée de bonne heure et a persisté depuis jusqu'à l'heure actuelle. D'une

intelligence au-dessus de la moyenne, il a toujours réussi dans ses affaires et s'est progressivement élevé à une situation commerciale des plus satisfaisantes. Il est marié et père d'une enfant de 13 ans, intelligente et bien portante.

P... est malheureusement un alcoolique dont les premiers excès remontent à de longues années. Il fait surtout usage du vin et de la bière. Il est à remarquer qu'il supporte très mal la boisson, comme tous les cérébraux et qu'il lui suffit d'un verre de vin pour tomber malade. Il appartient à cette catégorie d'individus qui s'intoxiquent lentement, sans fracas, et qui arrivent progressivement aux désordres confirmés de l'alcoolisme chronique, sans avoir jamais passé par les manifestations éclatantes de l'alcoolisme aigu.

Aux approches de l'Exposition universelle, en mai et juin 1878, P... a commis de plus grands excès que de coutume. Aussi n'a-t-il pas tardé à être pris d'accidents alcooliques subaigus, caractérisés intellectuellement par de l'insomnie, des cauchemars, des terreurs nocturnes, des visions d'hommes et d'animaux et physiquement par des fourmillements, des crampes dans les jambes, de la pituite matinale et du tremblement généralisé. C'est sur ces entrefaites qu'il entre à l'asile Sainte-Anne, le 8 juillet 1878, accompagné du certificat médical suivant :

« Tremblement des mains, absence ou trouble du sommeil, visions nocturnes : individus (cinq ou six) couchés au pied de son lit, qui se sauvent par la fenêtre. Pituite le matin; hallucinations, illusions de la vue. » (Lasègue).

Le certificat de M. Magnan, rédigé vingt-quatre heures après, est ainsi conçu :

« Alcoolisme chronique avec accès subaigu, hallucinations pénibles, excitations, frayeurs, quelques idées de satisfaction. Tendance à la paralysie générale. Fièvre ».

Le quinzième jour, M. Magnan rédige le certificat suivant :

« Affaiblissement intellectuel avec sensiblerie et quelques idées de satisfaction. Inégalité pupillaire; pas d'hésitation appréciable de la parole. Doit être maintenu ».

Dès le premier mois de son séjour à l'asile, les symptômes de paralysie générale qu'il présentait, un moment station-

naires, diminuent progressivement d'intensité, et en arrivent à disparaître entièrement, si bien que le 16 novembre, l'amélioration persistant et s'accroissant de plus en plus, il est rendu à la liberté. Son certificat de sortie est ainsi conçu :

« Alcoolisme chronique avec tendance à la paralysie générale. Ce malade, calme, raisonnable, est en pleine rémission et il doit, à titre d'essai, être rendu à la liberté ».

P..., rendu à la liberté, se conduit assez bien tout d'abord et fait preuve, pendant quelque temps, d'une sobriété exemplaire. Mais bientôt, sous l'influence d'ennuis domestiques qu'il exagère, il se remet à boire et commet en même temps des excès vénériens, si bien qu'il contracte une blennorrhagie. Nouvelle apparition d'accidents alcooliques subaigus, essentiellement caractérisés, comme la première fois, par de l'insomnie, des visions nocturnes, des crampes et des tremblements. Traité à la maison Dubois, P... en sort amélioré au bout de quelques jours, mais il se remet à boire, les accidents reparaissent, et il entre pour la deuxième fois à l'asile Sainte-Anne, le 18 juillet 1879, accompagné du certificat suivant :

« Alcoolisme chronique. Accès aigus répétés. Hallucinations de la vue. Insomnie et agitation nocturnes. Idées ambitieuses. Embarras de la parole. Prédisposition cérébrale. » (Lasègue).

Et le lendemain, M. Magnan écrit à son tour :

« Paralysie générale avec accidents alcooliques. Hésitation de la parole. Pupille gauche plus large. Déjà traité à l'admission ».

Le malade ayant des idées ambitieuses, de l'hésitation de la parole, de l'inégalité pupillaire, M. Magnan n'hésite pas à le déclarer atteint de paralysie générale.

Quinze jours après, alors qu'ont disparu les derniers troubles sensoriels de l'intoxication alcoolique, le diagnostic est de nouveau affirmé dans le certificat suivant :

« Paralysie générale avec excitation passagère. Le malade doit être maintenu. » (Magnan).

Comme la dernière fois, les symptômes de la paralysie générale qu'il a présentés, après être restés un instant stationnaires, s'effacent petit à petit, et un mois après son entrée à l'asile, P... se trouve assez bien pour être employé comme

ouvrier à l'atelier du tailleur de l'établissement. Maintenu en observation, il s'améliore de plus en plus, se montre parfaitement raisonnable et ne cesse de travailler un seul jour jusqu'au mois de novembre, époque à laquelle il entre dans le service de la clinique récemment fondée à l'asile Sainte-Anne.

A ce moment, examiné par M. le professeur Ball, M. Doutrebente et M. Régis, avec l'attention la plus scrupuleuse, il ne présente plus aucun signe de paralysie générale. Sa mémoire est intacte et il ne reste plus trace chez lui d'aucun délire; d'autre part, sa parole est absolument nette, et ses pupilles, légèrement contractées, sont d'une égalité parfaite. Le malade réclame instamment sa mise en liberté et promet de ne plus se livrer à la boisson.

On le maintient encore quelque temps, pour s'assurer de la persistance de la guérison, et le 26 janvier 1880, celle-ci paraissant définitive, on le met de nouveau en liberté, avec le certificat de sortie suivant :

« Est dans un état de rémission qui permet à nouveau de le rendre à sa famille à titre d'essai. » (Doutrebente).

Le malade, incapable de résister aux occasions qui s'offrent à lui, commet de nouveaux excès.

Une troisième fois il est pris d'accidents alcooliques subaigus et rentre de nouveau à Sainte-Anne, le 29 juillet 1880. Le certificat médical suivant l'accompagne :

« Délire alcoolique, excitation intellectuelle violente, hallucinations de la vue, craintes imaginaires. Tremblement de la langue et des mains, hésitation de la parole, sueurs abondantes, insomnie. Traitements antérieurs à Sainte-Anne. » (Legrand du Saulle).

Le certificat immédiat de M. Magnan est ainsi conçu :

« Légère excitation avec hallucinations de la vue et idées confuses de persécution. Légère hésitation de la parole. Contusions à la face. Ce malade, sorti en rémission d'une paralysie générale, a fait des excès de boisson. » (Magnan).

Dès le lendemain de son entrée, le malade s'améliore : huit jours après, il ne présente plus ni délire, ni hésitation de la parole ; les seuls symptômes observés encore chez lui sont une légère obtusion intellectuelle, un certain degré d'anesthésie

cutanée et un peu d'inégalité pupillaire. La face est rouge et présente la teinte spéciale à certains alcooliques chroniques, avec des poussées d'acné rosacé. Il reprend son travail chez le tailleur de l'asile.

Bien qu'il réclame encore une fois sa sortie, on le maintient longtemps en observation. Mais enfin, comme sa guérison se maintient, qu'il se montre parfaitement raisonnable, et que, malgré les dangers que peuvent lui faire courir de nouveaux excès, il n'y a plus aucune raison de le retenir plus longtemps, on lui accorde une troisième fois sa mise en liberté, et il sort de l'asile le 9 mars 1881, ne présentant plus aucun signe apparent de paralysie générale, à part une contraction légère des pupilles sans inégalité apparente.

Certificat de sortie :

« 7 mars 1881. Présente pour la troisième fois une rémission des symptômes physiques et intellectuels de la maladie, qui permet de le rendre à la liberté. » (Régis).

A l'heure qu'il est, 15 juin 1881, sa guérison se maintient ; bien que de temps à autre il commette un petit excès de boisson, P... n'a été repris d'aucun accident depuis sa dernière sortie et continue à s'occuper régulièrement des travaux de son métier.

RÉFLEXIONS SUR LES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

Parmi ces quelques observations, quelques-unes sont très longues, très démonstratives et méritent d'être reprises dans les détails. Trois ont un avantage considérable : c'est que la paralysie générale est démontrée par l'autopsie.

Nos observations personnelles sont malheureusement plus courtes et cela tient à ce que nous n'avons pu examiner de malades que depuis peu de temps. Mais elles ont ce mérite d'apporter un appoint de plus à ce que nous pourrions conclure de l'étude de celles que nous avons empruntées aux autres auteurs.

Dans la première observation, nous avons affaire à un individu dont le grand-père et le père étaient alcooliques, et dont la mère était nerveuse.

Il est entré trois fois, 1884, 1887, 1888.

Dès la première entrée, déjà depuis fort longtemps alcoolisé, le malade présente à la fois des symptômes d'alcoolisme chronique et de paralysie générale.

Comme cela se passe très fréquemment, les troubles dus à l'intoxication disparaissent sous l'influence du régime (suppression totale des boissons alcooliques); restent les conceptions ambitieuses, l'inégalité pupil-

laire, qui dès le début ont conduit M. Schils à écrire le certificat suivant daté, du 8 mai 1884 :

« Paralyse générale. Hésitation de la parole, inégalité pupillaire. Excitation. Tendance à des actes violents : Il va raser Paris et le reconstituer en deux jours ».

Quinze jours après, l'hésitation de la parole et l'inégalité pupillaire ont persisté ; on constate du tremblement de la langue et des lèvres, puis, longtemps après, le 13 mars 1886, c'est-à-dire près de deux ans, alors que la paralyse générale aurait dû faire des progrès constants et que, suivant la moyenne généralement admise de la durée de cette affection, le malade devrait en être à la dernière période, il y a une rémission totale ou presque totale.

Sans doute, la rémission dans la paralyse générale est fréquente, mais elle est généralement de courte durée. (Obs. I : H..., 45 ans.)

Là, tout au contraire, l'amélioration persiste deux ans. Le malade continue à boire et, malgré cela, les lésions de méningo-encéphalite ne progressent pas. Celles qui existaient et qui avaient provoqué les premiers symptômes caractéristiques de l'affection ont rétrogradé et ont cessé leur action.

Il faut un événement notable dans sa vie, une souffrance morale violente (mort de sa femme), des difficultés matérielles considérables (le malade ne travaillant plus tombe dans la misère) pour que, profondément ébranlé, il soit, à la suite d'un ictus congestif (14 octobre 1887), pris d'un accès de folie furieuse, qui est la cause de son second internement.

Le certificat de M. Garnier porte les mots suivants : « apparence de paralysie générale ». M. Magnan, moins affirmatif, se borne aux termes d'affaiblissement des facultés mentales.

Le malade cependant présente de l'embarras de la parole, de la dilatation inégale des pupilles et certainement aussi de l'affaiblissement des facultés intellectuelles.

Tous les troubles mentaux disparaissent en moins d'un mois et le malade sort de nouveau le 18 avril 1888. Il ne lui reste qu'un très léger affaiblissement intellectuel et de l'inégalité pupillaire.

Voilà des faits que nous n'avons pas trouvés chez nos alcooliques sans tare héréditaire.

Ils n'ont pas de rémissions si longues, et s'ils quittent l'asile après le premier internement, ce n'est point qu'ils puissent travailler, ce n'est point que leurs lésions soient arrêtées dans leur évolution, c'est que l'espérance ou le besoin incitent leurs familles ou leurs relations à les retirer de la maison de santé. Bientôt, d'ailleurs, ils y reviennent; car, loin de bénéficier de leur liberté, ces malades replacés au milieu de l'activité et des tourments de la vie perdent rapidement le bénéfice de leur existence calme et tranquille de l'hospitalisation.

Cinq mois de traitement ont suffi pour maintenir dans le *statu quo* les lésions de paralysie générale, mais le malade sort.

Nouvel appoint alcoolique. Cette fois, les organes lésés déjà à la première entrée (1884) ne résistent plus

et pendant deux mois et demi l'intoxication continuant, la paralysie générale se déclare définitivement avec ses symptômes caractéristiques.

Il revêt le type du paralytique général avec dépression. Un mois après, nouvelle rémission qui dure très peu de temps et la maladie arrive bientôt à sa période terminale.

Le 22 mai 1889 le malade succombe à une paralysie générale que l'autopsie confirme.

Cinq ans ! il a fallu cinq ans à cet intoxiqué alcoolique, fils et petit-fils d'alcoolique, pour faire une paralysie générale dont on a constaté les premiers symptômes à l'époque où les troubles alcooliques ont provoqué l'internement.

Le processus pathologique a été remarquablement lent dans sa marche et nous pensons qu'il l'est presque constamment lorsqu'il s'agit d'un intoxiqué alcoolique né de parents porteurs de tares analogues.

L'observation II nous montre des faits absolument analogues.

L'hérédité du malade est plus chargée encore que dans le cas précédent. Grand-père paternel et père alcooliques. L'intoxication a conduit le premier jusqu'à l'aliénation. Mère morte âgée, de démence sénile ; cousin germain débile.

Cet individu est cependant très intelligent. Il a commencé à se livrer à sa passion, tout jeune, dès l'âge de 15 ans, en prenant de l'absinthe. Au bout de 18 années d'intempérance il présente des troubles intellectuels passagers.

Au bout de 28 années d'intempérance a lieu l'internement, en 1887.

La cause de cette décision est un acte inconsidéré, comme on en rencontre chez les paralytiques généraux. Il prend un fiacre, se fait conduire tout l'après-midi au bois de Boulogne, et au moment de solder sa dépense, il avoue qu'il n'a point d'argent.

Ajoutons à cela des divagations ambitieuses, du trouble de la parole, de l'exubérance enfantine et de l'inconscience de sa situation.

M. Garnier constate de l'excitation maniaque vraisemblablement symptomatique, dit-il, d'une paralysie générale.

La fin de l'observation nous montre que c'est effectivement un paralytique général qui est entré de cette façon à l'asile, et si l'évolution semble à plusieurs reprises faire douter du diagnostic et faire porter celui de pseudo-paralysie générale contre lequel s'élève à juste titre M. Vallon, c'est que cette évolution de la paralysie générale est presque constante chez certains alcooliques et nous croyons qu'elle n'a ce caractère de lenteur et d'interruptions successives que parce que l'alcoolique dont il s'agit est un taré dans son hérédité.

Comme au malade de l'observation 1, il faut cinq ans à celui-ci pour que les lésions de méningo-encéphalite soient définitives et générales.

Il y a déjà à cette époque des symptômes paralytiques. L'internement a lieu en juillet 1887, l'autopsie est du 5 février 1892.

Le malade n'est pas sorti de l'asile pour des raisons

d'ordre privé, mais il a présenté des périodes de rémission.

En effet, dès le commencement de 1889, S. D... entre dans une phase d'amélioration telle qu'il peut travailler. L'état physique est excellent, le malade dort bien, mange bien et prend de l'embonpoint. La pupille droite est toujours un peu plus large, mais il n'y a plus d'embarras de la parole.

A la fin de l'année, l'inégalité pupillaire elle-même disparaît. Il n'y a plus de symptômes de paralysie générale si ce n'est un léger affaiblissement intellectuel.

Ce n'est que fin mars 1890, c'est-à-dire un an et demi après le début de la guérison, qu'apparaissent de nouveaux phénomènes caractérisés par de l'agitation maniaque des plus intenses. Depuis cette époque la maladie progresse et en un an conduit S. D... à la mort.

Le malade qui fait l'objet de l'observation VI a évolué plus rapidement vers le marasme paralytique.

En quatre mois, presque tous les symptômes de paralysie générale qu'il présentait le jour de son entrée ont disparu et il sort pendant quatre mois pendant lesquels il travaille régulièrement, mais de nouveaux excès de boisson le font vite retomber et il rentre à l'asile avec le diagnostic non discutable de paralysie générale.

L'hérédité de ce malade est très chargée, mais présente ce fait qu'il n'y a pas d'alcoolisme dans sa famille.

Le grand-père maternel est mort dans un asile d'aliénés; on ne sait pas s'il buvait; un frère de sa mère

est interné, une tante est mélancolique, mais non internée.

Nous avons cité cette observation, empruntée à M. Vallon, pour la raison suivante : nous avons voulu montrer que chez l'alcoolique évoluant vers la paralysie générale, il faut surtout tenir compte de l'hérédité similaire. Le processus n'est lent et interrompu que lorsqu'on rencontre des troubles alcooliques, des phénomènes d'artério-sclérose, d'hémiplégie, de congestion cérébrale dans les antécédents.

Les troubles d'origine psychique ne comptent, dans l'hérédité de l'alcoolique, que s'ils sont joints à des symptômes d'intoxication.

Et nous pensons que l'absence d'alcoolisme chez les parents de L... est une raison suffisante pour avoir favorisé l'évolution rapide de la paralysie générale.

Nous aurions donc pu ranger cette observation dans notre première classe de malades, si nous n'avions pas voulu ici discuter de l'importance et de la valeur de tel ou tel trouble cérébral chez les ascendants des malades atteints d'alcoolisme chronique.

A notre point de vue, L... n'a point d'hérédité susceptible de retarder l'évolution de la paralysie générale, au contraire.

Nous pourrions peut-être dire que la maladie dont il est mort pouvait fort bien se développer en dehors même de l'alcoolisme, et que la misère ou les troubles moraux, comme on l'admet maintenant, auraient été des causes suffisantes.

L'observation III est tellement analogue aux précé-

dentes que, bien que l'autopsie n'ait pas fixé avec une certitude indéniable le diagnostic, nous sommes en droit d'en tirer des conclusions toutes semblables. Deux entrées avec des symptômes de paralysie générale. Au bout d'un mois (1^{re} entrée), tout disparaît, le malade est guéri, complètement guéri.

L'absinthe dont il fait abus provoque chez lui un phénomène de congestion cérébrale qui lui fait perdre entièrement la parole pendant plusieurs heures.

Le malade rentre à l'asile avec le diagnostic de paralysie générale, et huit jours après il en ressort presque complètement guéri.

Il lui reste cependant de l'inégalité pupillaire. Sans doute, il va se remettre à boire, et il n'y a pas de raisons qu'il n'ait l'occasion de rentrer à l'asile. Cette fois encore, il aura des troubles de paralysie générale comme auparavant. Disparaîtront-ils ou laisseront-ils des traces de plus en plus marquées?

La dernière supposition est la plus vraisemblable et l'on peut prévoir qu'à un moment donné les lésions bien installées ne voudront plus rétrocéder et le malade sera conduit peu à peu et sans interruption notable jusqu'au marasme final.

Il en est de même des deux malades qui font l'objet de nos observations IV et V.

Leur hérédité est fortement chargée au point de vue alcoolisme. Eux-mêmes sont très intoxiqués, et quoi qu'ils n'aient jamais été traités antérieurement, les renseignements qu'on nous donne à leur sujet montrent bien que les symptômes de paralysie générale re-

montent à une date déjà ancienne et se sont produits à plusieurs reprises.

A l'heure actuelle, les troubles sont encore légers, l'alcoolisme domine la scène. Selon toute probabilité, ces malades sortiront de l'asile et pourront reprendre leurs occupations, mais, viennent de nouveaux excès, les lésions cérébrales s'organiseront, s'étendront et finiront par constituer une paralysie générale incapable de rétrocéder.

Combien de semblables observations aurions-nous pu publier si nous n'avions pas voulu restreindre notre travail dans de modestes limites ! Elles sont innombrables sans doute et celles que nous avons parcourues, mais qui malheureusement n'étaient point absolument complètes à notre point de vue, mériteraient d'être poursuivies jusqu'à ce qu'enfin la justification soit faite du diagnostic mieux que par quelques symptômes.

Voilà pourquoi nous avons tenu à donner la première place aux observations longues et complètes que nous avons trouvées dans le travail de M. Vallon et dans celui de M. Berbez.

L'observation VII présente ceci de particulier que l'hérédité ne semble point chargée. Ceci tient à ce que les renseignements sont fort incomplets. Mais nous insisterons sur ce fait que, en dehors de l'alcoolisme, l'existence de troubles congestifs chez les ascendants joue un rôle considérable dans l'évolution de la paralysie générale. C'est une tare similaire.

Le malade lui-même peut être considéré comme un héréditaire, en ce sens que si l'on songe à la seule

tare que nous connaissions dans la famille, c'est lui qui l'a conservée, au point que dès son jeune âge il marque une tendance toute particulière aux céphalalgies congestives et qu'il a conservé jusqu'à l'heure actuelle ce tempérament.

En cinq ans, il a été interné trois fois. Dès la 1^{re} entrée, on parle de paralysie générale et quand il sort cinq ans après, il n'a de symptôme apparent de cette affection qu'une contraction légère des pupilles sans inégalité apparente; et cependant il a eu dans le cours de sa maladie des idées de satisfaction, de l'affaiblissement intellectuel avec sensiblerie, de l'inégalité pupillaire, des idées ambitieuses, de l'embarras de la parole.

Que va-t-il donc devenir plus tard, cet alcoolique chronique qui a présenté si souvent des troubles semblables? Nous pouvons dire à l'avance que puisque toutes les observations conduites jusqu'à l'autopsie et relatant des faits analogues se terminent par le diagnostic de paralysie générale confirmée, ce malade, un jour, aura des lésions organisées qui ne pourront plus rétro-céder et qui produiront enfin le marasme paralytique.

Si l'évolution est lente, c'est que c'est un alcoolique chronique qui a dans ses antécédents des lésions d'artério-sclérose analogues à celles que produit l'alcoolisme.

CONCLUSIONS

Nous pensons que l'étude des observations que nous avons recueillies peut contribuer à expliquer l'irrégularité constatée dans le processus de la paralysie générale.

Les différences qui existent sont, à notre sens, en rapport avec les antécédents héréditaires du malade, suivant qu'il est porteur de tares similaires (alcoolisme, artério-sclérose, lésions congestives) ou qu'il en est indemne.

L'hérédité non similaire ne semble pas retarder l'évolution de la paralysie générale.

Enfin le pronostic est variable dans l'un et l'autre cas.

Chez un malade porteur de tares alcooliques ou similaires l'alcoolisme chronique se manifeste d'abord, le plus souvent, par des lésions d'alcoolisme pur, puis, plus tard, d'alcoolisme, auxquelles se mêlent des lésions passagères de paralysie générale, pour finir par des lésions définitives de paralysie générale. Si l'intoxication cesse, la paralysie peut s'arrêter dans son évolution.

Chez un alcoolique non porteur de tares similaires, les lésions d'alcoolisme chronique se transforment très rapidement en lésions définitives de paralysie générale et ne rétrocedent point.

VU ET APPROUVÉ :

Le Président de Thèse,
CORNIL.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- MAGNAN et SÉRIEUX. — La paralysie générale.
BERBEZ. — De la paralysie générale due aux excès alcooliques, 1892.
MAGNAN. — De l'alcoolisme, 1874.
VALLON. — Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique, 1894.
GILLES. — De la double forme, plus spécialement considérée dans ses rapports avec la paralysie générale. (*Thèse*, 1888.)
FÉRÉ. — Épilepsie.
GRENIER. — Contribution à l'étude de la descendance des alcooliques.
LUCAS. — Traité physiologique et philosophique de l'hérédité naturelle.
DE VAUCLERAY. — Conférence sur l'hérédité alcoolique.
LEGRAIN. — Hérédité et alcoolisme.
RIBOT. — Hérédité psychologique.
NORDAU. — Dégénérescence.
BARELLA. — De l'alcoolisme.
HANUS. — Conférences sur l'alcoolisme, 1895.
BÉCHET. — Conditions biologiques des familles de paralytiques généraux. (*Thèse*, 1897.)

PÉRIODIQUES

- Société médico-physiologique de Paris* : Discussion sur la paralysie générale, années 1858-1877.
Journal of mental science, 1871.
Société de médecine de Paris, 1846 : Discussion sur la paralysie générale.

ARNAULD. — Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux. (*In Arch. de neurologie*, juin 1897.)

Gazette hebdomadaire, 5 décembre 1897 : MARANDON DE MONTYEL.

-- Contribution à l'étude de la paralysie générale régressive ou pseudo-paralysie générale.

L'Œuvre médic. chir., n° 5 : JACQUET. — L'alcoolisme.

TRAITÉS CLASSIQUES ET DICTIONNAIRES

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.
